

<b>CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)</b> <b>Acte de décès (D'Outre-Mer)</b>					
<b>NAME OF DECEASED (Last, First, Middle)</b> <i>Nom du décédé (Nom et prénoms)</i> (b)(4)		<b>GRADE</b> <i>Grade</i>  	<b>BRANCH OF SERVICE</b> <i>Arme</i> Iraqi Civilian	<b>SOCIAL SECURITY NUMBER</b> <i>Numéro de l'Assurance Sociale</i>  	
<b>ORGANIZATION</b> <i>Organisation</i> Detainee in Iraq		<b>NATION (e.g., United States)</b> <i>Pays</i> Iraq	<b>DATE OF BIRTH</b> <i>Date de naissance</i>  	<b>SEX</b> <i>Sexe</i> <input checked="" type="checkbox"/> MALE <i>Masculin</i> <input type="checkbox"/> FEMALE <i>Féminin</i>	
<b>RACE</b> <i>Race</i> <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID <i>Caucasique</i> <input type="checkbox"/> NEGROID <i>Négride</i> <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>		<b>MARITAL STATUS</b> <i>Etat Civil</i> <input type="checkbox"/> SINGLE <i>Célibataire</i> <input type="checkbox"/> MARRIED <i>Marié</i> <input type="checkbox"/> WIDOWED <i>Veuve</i> <input type="checkbox"/> DIVORCED <i>Divorcé</i> <input type="checkbox"/> SEPARATED <i>Séparé</i>		<b>RELIGION</b> <i>Culte</i> <input type="checkbox"/> PROTESTANT <i>Protestant</i> <input type="checkbox"/> CATHOLIC <i>Catholique</i> <input type="checkbox"/> JEWISH <i>Juif</i> <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>	
<b>NAME OF NEXT OF KIN</b> <i>Nom du plus proche parent</i>  		<b>RELATIONSHIP TO DECEASED</b> <i>Parenté du décédé avec le susdit</i>  			
<b>STREET ADDRESS</b> <i>Domicile à (Rue)</i>  		<b>CITY OR TOWN AND STATE</b> <i>(Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)</i>  			
<b>MEDICAL STATEMENT</b> <i>Déclaration médicale</i>					
<b>CAUSE OF DEATH</b> <i>(Enter only once cause per line)</i> <i>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)</i>					<b>INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH</b> <i>Intervalle entre l'attaque et le décès</i>  
<b>DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH</b> <sup>1</sup> <i>Maladie ou condition directement responsable de la mort</i>		Atherosclerotic Cardiovascular Disease			
<b>ANTECEDENT CAUSES</b>  <b>Symptômes précurseurs de la mort.</b>	<b>MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE</b> <i>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire</i>				
	<b>UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE</b> <i>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire</i>				
<b>OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS</b> <sup>2</sup> <i>Autres conditions significatives</i>					
<b>MODE OF DEATH</b> <i>Condition de décès</i> <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL <i>Mort naturelle</i> <input type="checkbox"/> ACCIDENT <i>Mort accidentelle</i> <input type="checkbox"/> SUICIDE <i>Suicide</i> <input type="checkbox"/> HOMICIDE <i>Homicide</i>	<b>AUTOPSY PERFORMED</b> <i>Autopsie effectuée</i> <input checked="" type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> NO <i>Non</i> <b>MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY</b> <i>Conclusions principales de l'autopsie</i>  		<b>CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES</b> <i>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures</i>  		
	<b>NAME OF PATHOLOGIST</b> <i>Nom du pathologiste</i> (b)(6)-2 MAJ, MC, USA		<b>DATE</b> <i>Date</i> 28 Feb 2004		
	<b>AVIATION ACCIDENT</b> <i>Accident à Avion</i> <input type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input checked="" type="checkbox"/> NO <i>Non</i>				
<b>DATE OF DEATH (Hour, day, month, year)</b> <i>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)</i> 08 Feb 2004		<b>PLACE OF DEATH</b> <i>Lieu de décès</i> Tikrit, Iraq			
I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE. <i>J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.</i>					
<b>NAME OF MEDICAL OFFICER</b> <i>Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire</i> (b)(6)-2		<b>TITLE OR DEGREE</b> <i>Titre ou diplôme</i> Deputy Medical Examiner			
<b>GRADE</b> <i>Grade</i> MAJ		<b>INSTALLATION OR ADDRESS</b> <i>Installation ou adresse</i> Dover AFB, DE 19902			
<b>DATE</b> <i>Date</i> 13 MAY 04		(b)(6)-2			

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.

<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.

<sup>1</sup> Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc.

<sup>2</sup> Préciser la condition qui a contribué à la mort, mais n'ayant aucun rapport avec la maladie ou à la condition qui a provoqué la mort.

**DD FORM 2064**  
1 APR 77

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.

MEDCOM - 182